

甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第4回 病診連携ワーキンググループ
議事録

日 時 令和6年5月16日（木）午後7時～午後8時30分
会 場 甲府市役所本庁舎6階大会議室
出席委員 8人（内1名代理）
欠席委員 2人
事務局 保健衛生部長、保健衛生総室長、生活衛生室長、健康政策課長
医療介護連携担当課長、医務感染症課長、地域保健課長、健康政策課係長
健康政策課担当

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 議事

【座長による出席者数の確認】

委員9名中8名（内1名代理）が出席しており、過半数に達しているため、本会議は成立する。

議事（1）本ワーキンググループにおける取組内容の確認

議事（2）「病院医師・診療所医師」の顔の見える関係づくり交流会

【事務局】

昨年度議論をした病診連携ワーキンググループ（以下、病診WGと記載する）の取組内容を確認する。資料1～2ページをご覧ください。

病診WGでは、課題抽出から具体的な取組の方向性について、3回に分けて協議し、①から④の取組を決定した。

「①家族背景を含めた退院前カンファレンスの充実・病院主治医と在宅主治医による意思疎通の機会の充実」とし、在宅の実情を知るということで「院外との研修や症例検討、交流会等を実施」と合わせて実施することを決定した。「②本人・家族が在宅療養がわかる資料の作成」「③介護施設等における医療との連携体制の強化」「④ACPの普及啓発の取組を実施」とした。

この内容で良いか、ご確認いただきたい。

【座長】

本日協議する点は3つであり、1つ目「①院外との研修や症例検討、交流会等を実施」についてである。①は、在宅医と病院医、多職種と病院の関係等の顔の見える関係づくりの一環である。2つ目「②本人・家族が在宅療養がわかる資料の作成」であり、在宅医療に対する理解を深めるための資料を作る。3つ目「③介護施設等における医療との連携体制の強化」で今後どの様に介護施設を取り込んでいくかである。

まず1つ目で、院外との研修はかなり具体化されているが、本日は委員より、交流会の進捗状況等を教えていただきたい。

【委員】

事例検討会という形で、第3回病診WG提示した内容で進めていく。また、事例検討会の流れで、当院から事例紹介、退院後の在宅療養中の状況を在宅チームから情報提供して

もらい、病院主治医・在宅主治医・多職種から事例に対する思いを語ってもらう。その後、事例から在宅医療と在宅療養の可能性等について意見交換するという内容を検討している。

交流会の流れが説明通りで良いか決めていきたい。当院が会場であり70名程度の参加が可能であるため、参加人数、日程を詰めていきたい。

【座長】

症例は、私も関わっていた103歳の女性である。病診連携の顔の見える関係づくりは、今回は事例検討会の形だが、勉強会、講演会等の形でも良い。病院医師と在宅で関わる医療介護従事者が一度に集まり意見交換ができる機会があれば良い。70名の規模であると、かなり大きな会場だろうか。

【委員】

70名でグループワークをする場合、テーブルの配置を考える必要がある。また、在宅医と病院医、その他の医療従事者が対象と聞いている。顔の見える連携なので対面での開催が良いという意見があった。

【座長】

周知はどの様にするのか。

【事務局】

今回は主に在宅医・病院医を中心とした医療従事者が対象であるため、病院と診療所に甲府市から通知する予定である。

【座長】

多職種はいかがか。

【事務局】

介護関係者等に対象範囲を広げるという意見があったが、会場の定員が70名であること、医師同士の顔の見える関係づくりを目的とすることを考慮し、初回は医療機関同士で実施することを考えている。

【座長】

事例に関わる、看護師や介護支援専門員等に入るのか。

【事務局】

事例に関わっている多職種には参加してもらう。

【座長】

医師の参加が多く見込めると良い。会場が病院であるため、病院医は参加しやすいと思う。また、診療所医師の参加がどの程度か気になる。今回実施し、反省点があれば次回に活かせると良い。

参加方法は対面のみか。

【委員】

グループワークがあるため、対面のみの実施を考えている。

【座長】

内容についてはいかがか。他に意見がなければ、予定通りで進めてもらいたい。

周知は、開催病院から各病院に周知をするのか。

【事務局】

各病院・診療所には甲府市から通知を出す。また、その事例に関わっている方も出席するため、そこに所属している医療・介護関係者でも良い。

【委員】

昨年、当院で在宅療養後方支援病院とZoomを使って事例検討を行った。開催通知を郵

送した際に病院には届くが、連携室等まで周知がされておらず、締め切りまでに十分な周知ができなかった。最終的には、各病院の連携室に「参加者が少ないので貴院からの申込はいかがか」とお伝えした。開催通知だけでは、病院の場合、多くの参加者を募るのは難しいのではないかと。その点について、工夫が必要かもしれない。

【座長】

病診WGには各病院の委員がいるため、委員から病院の中で周知をしてほしい。

当日の開催時間は何時からか。

【委員】

19時から1時間位か。事例紹介はパワーポイントを用いて、当院の病院主医師から紹介する。その後、在宅チームから診療所主医師、訪問看護ステーション等から意見をもらう。詳細なことは、当院からお願いして進めていきたい。

再度確認だが、最初に当院の病院主医師から事例紹介をし、在宅チームからの情報提供として、診療所主医師や訪問看護ステーションから話してもらう。意見交換が主になるため、時間配分や日程も詰めていきたい。委員の予定もあると思うがいかがか。

【座長】

その点は、会場となる病院の都合で良いと思う。

【事務局】

今後合同勉強会は、年1回の予定で検討している。そのため、来年度の開催医療機関を決めていきたい。

【座長】

次年度の実施も6月頃と考えるとまだ時間はあるが、「来年は当院で実施する」と手を挙げていただけるとありがたい。ただ、病診WGは年3回程度の開催であるため、ある程度次年度のことが分かると準備しやすいのではないかと。病院に所属している委員で、来年度実施する医療機関については、事務局に伝えてほしい。

議事（3）在宅療養をわかりやすく伝えるための資料の骨子（案）

【事務局】

資料1 4ページをご覧いただきたい。これまでの意見の中で、本人と家族が病院から在宅に戻った際に、在宅療養のイメージに乖離があるという課題があった。甲府市では、「こうふ医療・介護情報」や「ご存じですか？在宅療養」という冊子を作成しているが、更に具体的なイメージができる資料を作成してはどうかという意見を踏まえ、骨子を作成した。

在宅療養の具体的なイメージができ、準備ができることを目的とし、使用対象は新たに在宅医療・介護を導入する本人や家族とした。「①主な相談先」「②必要な支援と利用できるサービス例」「③本人が望む生活の確認」「④費用負担の目安」とし、A4サイズ1枚に両面でまとめる。

「①主な相談先」は、本人が入院中か、在宅で生活をしているのか、介護施設に入所しているのかにより、相談窓口が変わるため流れをフロー図に整理した。入院中は、入退院相談窓口の医師や看護師。在宅生活中は、身体のことには医師もしくは市の保健師。予防については保健師もしくは地域包括支援センター。介護については、介護認定を受けている方は介護支援専門員、介護認定を受けていない方は地域包括支援センター。介護施設入所者は介護施設の生活相談員に相談をするイメージとなっている。

資料1 5ページをご覧いただきたい。日常的に必要な支援と、身体的な変化について意見があったため、「②必要な支援と利用できるサービス例」を表にした。「移動」「食

べる」「薬」「排泄」「清潔保持」「寝る」「外出」「認知機能」「在宅医療」のカテゴリに分け、生活上の支援はどのようなことが必要かについて記載した。また、利用検討可能なサービス、具体例を示した。例えば、「移動」は、家の中（食卓、トイレ、浴室、寝室等）で独立歩行が難しい状況の場合、介護保険サービスの福祉用具等が利用できる、という様な図となっている。

資料1 6ページをご覧いただきたい。「③本人が望む生活の確認」は、本人に必要な支援が何か、家族等ができる支援は何か、家族等が支援できない場合どのようなサービスを検討するののかといった流れを記載した。

支援の大枠は、「民間等サービス」「インフォーマルサービス」「医療保険サービス」「介護保険サービス」という形で区分し具体例を記載した。

資料1 7ページをご覧いただきたい。要介護3の高齢者の事例である。「本人の背景」「既往歴」「ADL」「1週間のスケジュール」を表にした。また、1か月サービスを利用した場合の「費用負担」を記載した。「家族の介護状況」は、どのような家族の支援が必要なのかという様な記載をしている。当日配布資料③は、要介護1の高齢者の事例で、インフォーマルサービス等を入れた。

資料だけでイメージすることは難しいため、専門職との相談による補足が必要なのではないかと思う。

【座長】

各項目がA4サイズ1ページで、A3サイズ見開きか。

【事務局】

A4サイズ両面である。紙面に余裕がなければA3サイズ見開きになるか。

当日配布資料①は、委員が出前講座の際、市民に配布している相談窓口の資料である。

【座長】

出前講座で、「ご存じですか？在宅療養」という内容を伝えるが、在宅医療を始めるには、まずどこに相談したら良いのかが抜けていたため、当日配布資料①を配布した。資料1よりシンプルだが、同じ相談先に行きつくと思う。

「①主な相談先」について、在宅療養を始めるには、どこに相談したら良いかについてである。4ページは、予防・介護・医療を厳密に区別しているが、市民には理解が難しいのではないかと。また、介護施設入所者は必ず介護支援専門員がいるため、介護保険を使っている。そのため、介護支援専門員を中心に調整してもらえるか。

他にご意見はあるか。

【委員】

7ページは、1週間のスケジュールや介護度、サービス費用が記載されているため見やすい。日項目にしていることもあるかもしれないが、とても見やすいと思う。

「①主な相談先」は「はい」「いいえ」で確認できる形となっており分かり易い。

【委員】

フローチャートになっているため、率直に分かり易いと感じた。またどこが相談先となるのか、担当者や保健師等の記載があり各自が確認できるため、この案で良いのではないかと。

【委員】

入院中であるか・ないか、在宅で生活しているか・いないかという部分から全てつながっている。そのため、情報量や文字はかなりあるが、探り方としては分かり易い。

【委員】

市民が見た時に、当日配布資料①位シンプルでも良いのではないかな。まずどこに相談に行けば良いのかが分かるだけでも良い。少し文量を減らしても良いのではないかな。

【委員】

シンプルであれば、当日配布資料①が分かり易い。現在は、老老介護が多く、本人も家族も高齢者である。高齢者が、4ページのフローで、「自宅で生活している→はい」で、「介護予防・保健・福祉に関する相談」にいくと、これが何か分からないのではないかな。そのため、この様な部分は省き、シンプルな方が良い。具体的な連絡先として、かかりつけ医、甲府市の保健師等が出てくるが、知らない方がいる。甲府市の保健師とは何か、という感じか。市民にとっては、当日配布資料①のフロー図くらいシンプルな内容のレベルではないかと感じる。

【委員】

基本的に65歳以上を対象にしていると思うが、最近当診療所では、高齢者以外の問い合わせが多々ある。例えば、30代だが精神的な問題があり、外出ができないため、もし自分の体調が悪くなった場合、在宅でできることがあるのかといった問い合わせがあった。癌末期の2号被保険者や神経難病の方等、アプローチの仕方が変わると思う。資料を使用するのは基本的に65歳以上で、「65歳未満は別の方法で連絡・検討してください」等の記載があると良い。また、本人や家族には専門職の名前は分からないため、もっとシンプルにして良いと思う。

65歳以上の方限定としておく、または64歳以下の相談先をどこにするのかということ、もう少し専門職名等を省き、当日配布資料①位で良いのではないかな。

【座長】

市民には思っているよりも在宅医療が広まっていない。私達は、専門職であり、この位は知っているだろうという内容が知られていない。

4ページに、当日配布資料①を加え、分かり易くシンプルなものを作成していきたい。介護施設入居者は、介護支援専門員に相談がいくと思う。また次回事務局より提示してほしい。

【委員】

動作を細分化し、この様な流れでサービスが利用できるということが分かり易い。だが、家族が介護する場合、どの様な状況になったときに介護または医療で、具体的にどの様なサービスがあるか分かったら良い。

【委員】

先程も、「シンプルに」と話があったが、やはり文字が多いため、どこを見れば良いのか悩むのではないかな。「移動」から「在宅医療」まで記載され分かり易いが、もう少し絞るか、また「保険」や「具体例」が記載されているが結びつかない。具体例を出してサービス等の記載が良いのか、具体例を更に記載するのか悩ましいが、情報量が多いのではないかな。

【委員】

この部分で伝える内容によって、文量や具体例も変わってくる。「①主な相談先」のフロー図は、「どこに相談するのか」と目的が分かり易かった。一方、具体的なイメージは、「移動」から「在宅医療」までの項目が多く、例えば、「食べる」でも、訪問歯科医やリハビリの導入があるなどボリュームが大きい。そのため、事例に対して利用可能なサービスを伝えることか、一つの項目に対して、この位のサービスが使えると記載するのか。目的が明確になると、表現の仕方が変わってくるのではないかな。

【委員】

専門職は見やすいと思うが、資料を見る方が65歳以上か、65歳未満の方かで変わる。また、「移動」は家の中、「外出」は家の外で動くことであり、一緒なのではないか。「在宅医療」は65歳以上でも分からないのではないかな。

【委員】

資料を説明する専門職が必要なのではないか。例えば、「①主な相談先」で、つながった専門職が使用すると分かり易いと思う。だが、本人や家族が見た時には具体的に想像しづらいのではないかな。「①主な相談先」と「②必要な支援と利用できるサービス例」が一緒であると読みづらいため、別々にしたほうが良い。

【委員】

市民は、例えば、「生活上の支援はどのようなことが必要か」という項目は「生活上の困りごと」等と書き、「利用検討可能なサービス」については、「介護保険」「医療保険」が分からない方がいる。

例えば「移動」では、「歩くことは難しい」場合、具体例で「福祉用具を借りたり、購入したりできる」であったり、「食べる」は「食べることができない」「準備ができない」場合、具体例で「ヘルパーがいて、食事を作ってくれる」、「通所で食事を食べることができ」等である。シンプルに一言「ヘルパーさんが代わりに作ってくれる」等と記載すると分かり易い。

どこを削るのか悩むが、シンプルに困っている部分の具体例として、このようなことができる」と伝え、その上で、このようなサービスがあると良い、と分けて記載した方が良い。

【委員】

「②必要な支援と利用できるサービス例」は、無くても良いのではないかな。市民が使用すると想定すると、言葉の意味が伝わらず、読んでもらえないと思う。例えば「生活上の支援はどのようなことが必要か」の部分は、「この様な問題があれば介護支援専門員に相談してください/介護支援専門員に具体的に相談してください」とすれば、介護支援専門員が「利用可能なサービス」等の調整をする。可能ならば、介護支援専門員に資料を見てもらい、どの様に説明するのかを参考にし、追加するのはいかがかな。病院WGには介護支援専門員がおらず、ご検討いただきたい。

【座長】

市民は、サービスを使えるか使えないかという話で、何をどの様に使うのか具体的なことから始まる。歩けなくなったら、食べられなくなったら、この様な症状が出たらこの様なサービスが使えるという形で、「②必要な支援と利用できるサービス例」は良くできている。ただ、介護保険・医療保険の種類は、本人や家族が考えるのではなく、介護支援専門員のレベルが検討することで、「利用検討可能なサービス等」はいらない。

「具体例」は分かり易くする必要がある。例えば、「通所サービス」は身近な言葉ではなく「デイサービス」とした方が分かり易い。もしかすると、本人よりも家族の方が、きちんと症状を見極め、サービスにつなげたい思いがある。

全体的に、シンプルに分かり易くという視点で、もう少し具体的に、項目も減らした方が文字数も減り、分かり易いのではないかな。そのような形で事務局にお願いしたい。

6 ページ 「③本人が望む生活の確認」だが、これはACPの話である。ここに民間サービス、インフォーマルなサービスを入れ込むことはできるのか。

【事務局】

可能である。

【座長】

可能であれば、6 ページは省略できるか。サービスを制度的に分けても分かりにくい
ため、「②必要な支援と利用できるサービス例」を充実させた方が分かり易い。

他に意見はあるか。

(なし)

7 ページ「④費用負担の目安」は、模擬的な事例と、それに関わる費用である。前回委員から、この様な形にすると分かり易いのではないかとのご意見があったがいかがか。

【委員】

1 週間のスケジュールがあり、サービス後、家族が動ける時間が分かり易いと思う。また、介護度によって、どの位サービスが使えるのか等は具体的に説明をすれば良いのではないか。

やはり家族の介護が必要ということ、また家族がいる時間は、サービスを利用することができないこと等について、理解を得にくいいため、その様な部分に分かると良い。

【委員】

「1 週間のスケジュール」は、分かり易く良いと思う。一方で、費用については、自己負担額を見た時に高いと思うかは個人の判断になる。本人や家族へ費用の説明をする際、介護支援専門員やソーシャルワーカーに入ってもらうため、医師や看護師が直接伝えることはないが、費用の面からサービスは不要と考える方もいる。そのため、詳細に記載があり良いとは思いますが、どうしても金額に目がいってしまうため、どの程度具体的に記載するか点は悩むところである。

【委員】

実際に在宅療養や介護に直面し、具体的なことを知りたい方は、金額や1 週間のスケジュールがあることでイメージができ分かり易い。

一方で、まずはサービスにつなげることを目的とし、スケジュール感やサービス内容を分かってもらうことを目的とした時、言葉の表現の難しさを感じる。例えば、「ADL」という表現や、「尿意等あるが介助必要」は、簡単に「トイレには介助が必要／1 人でできない」といった表現が分かり易い。言葉によってはイメージしづらく、理解が難しいのではないか。表現の仕方や文量等は、シンプルに工夫できると良い。

【座長】

私達も専門用語を使ってしまう。そのため、他の職種の話を聞くと、当たり前の様に使っている用語が全く伝わらないこともある。私達の中では資料にある言葉は当たり前だが、市民に分かり易い表現でないとならない。

【委員】

「②必要な支援と利用できるサービス例」の後に、「④サービスを利用した際の費用の目安」を入れ、例えば、デイサービスを利用したい場合、この様なスケジュール・費用になるといったもので良いのではないか。当日配布資料③には、訪問介護、デイサービス、居宅療養管理指導も入っているため、2 事例程度を示し、1 週間でこの様なスケジュールだと良いのではないか。

【委員】

「費用負担」の記載や「家族の介護状況」について記載があるため良いと思う。家族に在宅について説明すると、全てサービスで賄えると思われることもある。ただ、シンプルにと考えると、フローチャートと困りごと、困りごとに使えるサービスは何かというものを、表・裏面に掲載する程度と思う。また、「費用負担」は、本人や家族が金額を見て経済的な負担を感じたらどの様な方法で進めていくか、専門職と相談することにつながる。や

はり専門職が説明しながら使用した方が良いのではないか。

【委員】

やはり「費用負担」はあった方が良い。先ほど委員が言ったとおり、病院にいる際はサービスを利用するとなるが、在宅に帰ってきてから説明し直して、「やはりこんなにお金がかかるのか」と悩むこともある。現実として「費用負担」を知った上でどの様にするのか考えることができると良い。また、文言はシンプルが良い。患者の背景について、専門職は文章を見るが、高齢者は流し読みであり見ないのではないか。

例えば、7 ページの場合、既往症は高血圧・褥瘡のみとし、褥瘡部位は記載が不要と思う。「家族の介護の状況」は、「家族の支援で褥瘡の処置」と記載した方がシンプルになる。

【座長】

市民や高齢者に親しみやすいように、褥瘡を「床ずれ」としても良いのではないか。

【委員】

一般的に褥瘡という言葉を知らない方もおり、例えば「寝だこ」と表現する方もいる。「1 週間のスケジュール」も、訪問看護師の「訪 N s」も分からないかもしれない。また、「デイ」は「費用負担」の「通所リハビリ」になるが、同じサービスとは分からない。その部分を統一してシンプルにし、高齢者や家族介護者が見るという視点で言葉を変えた方が良い。

【委員】

事例が良くないのではないか。悪化する褥瘡の事例だが、このようなケアプランだった場合見直しが必要と思う。この事例であれば、訪問看護は毎日利用する必要がある、真皮褥瘡は基本的に特別訪問看護指示で月 2 回褥瘡処置ができる。褥瘡の訪問看護は医療保険である。恐らく車いすに座ることができず、「通所リハビリ」も難しいのではないか。個人的には、イメージしづらく思い切って褥瘡ではない事例にした方が良い。

「1 週間のスケジュール」「費用負担」の他、年齢・介護度・医療保険の自己負担割合があり、事例は後期高齢者のため上限額 18,000 円になるか。限度額の程度が分かっているれば費用の目安はすぐに分かる。「既往歴」「ADL」は不要ではないか。そうすると、要介護 3 で、週 2 回訪問看護と週 2 回デイサービス、また福祉用具をこの位使うと、この金額になると記載すると良い。患者の背景を簡素化するのはいかがか。

【座長】

私は、事例は必ず必要だと思う。出前講座を実施して、「サービスにはどのくらい費用がかかるのか」とよく聞かれる。医師、看護師等様々な専門職が来て、莫大な金額がかかるのだろうとイメージされるが、実は 5 万円程度と分かると「その位の金額で来てくれるのだ」となる。例えば、メニューのないレストランや全て時価の寿司屋では、食べる気がしないことと同じである。この値段であればいけるという判断で、介護保険を利用しようという発想になる。一方、目安を知らないと、「高い印象があるためサービスは使えない」となる。具体的に、「1 週間のスケジュール」でこの位の「費用負担」であると知っておく必要がある。経済困窮事例の場合、お金がかかるため拒否するが、一般的には支払いってもらい必要なサービスを利用してほしい。そのため、ぜひ事例は入れていただきたい。どちらの事例にするかは、委員の言った通り、「褥瘡なし」であれば当日配布資料③になるか。事例は軽い方が良く、要介護 2 から要介護度 4、5 と介護度が上がっていく。要介護 4～5 になる頃には、家族介護者も「費用負担」や「1 週間のスケジュール」は熟知している。入口を軽くし在宅医療・介護の具体例を示す場合、当日配布資料③が良い。事例には、新聞配達員による安否確認等、意外なインフォーマルサービ

スや、配食サービスもあり様々盛り込まれている。ただし、患者の背景は伝わりやすくするため、シンプルにする必要がある。その部分を工夫していただき、当日配付資料③を修正してもらうのが良い。また、市民の視点では分からない言葉があり修正してほしい。

【事務局】

資料の作成は、当初の目的が、本人や家族が病院から在宅に帰ってくる時に、具体的なイメージの乖離がない様にというものであった。どうしても文量が多くなり、ボリュームが出てしまう。そのため、実際に在宅へ戻った時に、この様なこともあるのかという、乖離した部分を埋めるのは、資料を見るよりも、やはり専門職が言葉でイメージできるようにつないでいくことが必要である。資料は既存のものを使用し説明していく方が良いか、または資料が1枚あった上で説明を加えることができた方が良いのか、その部分は検討が必要である。

結論的には「シンプルに、とにかくきっかけになる様に分かり易く」という視点で作成するという事で良いか。

【委員】

病院から在宅に帰る時、多くの家族が「この状態では帰ってきてもらっては困る」と感じるのは、「排泄が自立しているか」である。動くことができても、一人で自立してトイレができるのか、独歩ができ退院となったが買い物はどの様にするのか、食事や入浴はどの様にするか。入浴は、デイサービスと訪問入浴は違い、デイサービスは朝迎えに来て入浴し、夜寝るだけになって帰ってくるといった説明がある。また、食事は、買い物はどの様にするのか、調理ができるか、置いておけば食べられるのか、電子レンジで温められるのか等、細かい動作の確認と家族の介護力を把握する必要がある。

【座長】

やはり詳細を記載し矛盾がないようにとすると文量がかなり多くなる。目的は、在宅医療・介護で、在宅療養が実際にどの様なものかをイメージしてもらうことである。どの様な専門職が来て、何ができ、どの位費用がかかるかという、全体像をイメージしてもらい、「では自分なら何を手伝ってもらおう」「まだ自分は大丈夫だろうか」という入口である。

実際に介護支援専門員と話す段階では、詳細を説明してもらうが、その前段階のイメージがあると良い。資料は今困っている方だけでなく、市民に広く配布する。そのため、あえて厳密さを追求しない方が良い。対象は65歳以下・以上かは、他の部分の整合性が難しいため、とにかく分かり易く明示することを主にする事でいかか。

【事務局】

資料を使う場面を、少し整理した方が良くと思った。市民に広く配布するイメージではなく、病院から在宅に帰る際に専門職の関わりは始める場面をイメージした。だが、現在在宅で生活しており、医療や介護につながっていない方が、入口で使用するイメージか。

【座長】

実際は介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーから、詳細を聞くことになる。ただ、前段階で在宅医療・介護がどの様なものかを理解するには、簡単なもので良いのではないか。

【委員】

在宅医療・介護は本当に市民に知られていない。専門職が説明するとしても、最初からの説明になる。その時に事前に見てもらえる資料があると、大枠を理解してもらった上で、家族に「本人の場合この様になります」と伝え、円滑に話が進む。

今後様々な資料があると良いが、きっかけは市民が知らないことをまず知ってもらう目

的で、シンプルな資料があった方がよい。次のステップで具体的な中身が必要だが、考えるときりがない。市民に説明し、持ち帰ってまた見ておいてほしいというような資料で良いと思う。

議事（４）介護保険施設におけるヒアリング結果報告

【事務局】

資料１　８ページをご覧いただきたい。令和６年１月、市内の介護施設における医療・介護連携の実情を把握する目的でヒアリングを行った。資料の修正だが、「有料老人ホームソレイユ甲府」は「特別養護老人ホームソレイユ甲府」、「グループホームおおさとの憩い」が、「有料老人ホームおおさとの憩い」となる。介護老人福祉施設が４か所、介護老人保健施設が１か所、グループホームが１か所となる。

資料１　９ページをご覧いただきたい。「医師の配置」「看護師の配置」は、嘱託医や看護師の配置が決められていれば○、配置が義務づけられていなければ×を記載した。

「①体調不良者の対応」は、特別養護老人ホーム（以下、特養と記載する）、老人保健福祉施設（以下、老健と記載する）等、高齢者に多い軽症・中等症の症状、誤嚥性肺炎による発熱、骨折、脱水等を救急で病院に依頼する現状があった。特養は、直ぐ救急搬送をするかは、施設、嘱託医によって異なっていた。

「②医療との連携で困ること」は、特養は「施設によって体制が異なることを病院側に理解してもらいたい」、「入院先を決める困難感が施設によって差がある」では、協力医療機関で受けてもらえると良いが、受けてもらえなかった場合は、各病院に電話する必要がある非常に大変ということがあった。老健は、「ご家族が治療を望んでいる場合、老衰の場合は病院側の受け入れが難しく、病院と施設でご家族に説明をするが、その対応に苦慮する」との困難感があった。

「④施設の取組」は、特養は「入居時に本人、家族の看取り、延命治療の希望などの確認、また更新等を行っている」。老健は「入居時に看取りの意向等の確認は特にとっておらず、変化があった時に確認する」ということだった。老健は「状態が安定している人が在宅復帰できるよう、リハビリテーションや介護を提供する」中間のリハビリ施設であり、入所時に看取りの意向を確認するという場面になりにくいとのことだった。

有料老人ホームは、「入居時ご家族と延命等の治療の話は行うが、元気な時はなかなかイメージがわからない」とのことだった。

資料１　１０ページをご覧いただきたい。今回のヒアリングは、施設長、管理者、看護師が回答している。

まとめとして、１つ目「高齢者の状態変化があり、医療との連携が必要な場合、施設で留め置き経過を見る範囲は、同じ種類の施設であっても異なる」また、嘱託医の判断によっても異なるということ。

２つ目「施設に長期入所している方のご家族は、施設における看取りを希望する傾向がある。本来グループホームは共同生活の場であり、老健は病院と在宅の中間のリハビリ施設として機能するが、いずれの種類の施設であっても、高齢者の急変や看取りへの対応が求められている」ということ。

３つ目「介護施設側は老衰と分かっている場合、家族が治療を望んでいる場合は、やむを得ず救急搬送を行う場合がある。介護施設においても、本人、家族、医療・介護関係者のＡＣＰ等が必要」ということ。

４つ目「延命治療や看取りに関して、本人や家族に説明をするタイミングやイメージがわかるように伝えることが非常に難しい」ということ。

5つ目「介護施設の体制については、施設の種類によって異なり、対応できる医療範囲の異なることを、病院側に理解されることを望んでいる」では、日頃の情報共有等が必要ではないかということ。

今回は一部の介護施設へのヒアリングであった。また、介護報酬と診療報酬の改定があったため、改めてヒアリングし、病診WGと介護施設関係者との意見交換を検討している。

【座長】

これまで介護施設等と接点はあまりなかったが、まずはヒアリング、いずれは顔の見える関係づくり等ができると良い。

【委員】

医療機関と介護施設の連携の在り方だが、城東病院は機能強化型在宅療養支援病院となり、特養との連携が義務づけられた。同じ法人内に限らず、地域の特養と機能強化型在宅療養支援病院が、急変時の対応については縛りになりつつある。改定単位登録にかかってくるが、入院機能があることが前提であるため、在宅療養支援診療所はなかなか後ろ盾にできず問題だと思う。

グループホームや老健は、機能的に看取りを目指した制度ではないため難しい。看取りができた等事例発表を行っている施設もあるが、介護の質やマンパワーにばらつきがある。本来は、介護保険の担当が、それぞれの介護施設で、医療依存度の高い方や終末期の入居者等について現状を調べ、それを問題点として共通化する作業がやはり必要である。今後、ヒアリングをきっかけに担当の部署と連携し、そのような矛盾点を行政がきちんと気づいていただけると良い。

【委員】

委員が言ったように、施設によって対応できる度合にばらつきがある。各々、点滴で対応、必ず病院に行く対応、点滴対応と看取り対応などである。施設の方針や、嘱託医の考えもあるため、調べていくとばらつきが顕著ではないか。同じ様な施設でも、機能が異なることを理解し、やはり大まかな流れは誰かが作っていく必要がある。

新しいグループホームを見ると、やり方や考え方が違うことがあり、そのような場合は施設に合わせている。だが、本人を中心にどの様にして見ていこうかという視点から、ずれている施設もあることから、誰かがきちんと修正しなければならない。関わっている私達の力ではできず、客観的に見てもらえると良いのではないか。ヒアリングは、今後も進めてほしい。まずは現状を把握していくことをやってもらいたい

【委員】

病院側も各施設の機能について十分に理解しないといけない。一方で、施設側も病院の機能があることを理解して欲しい。例えば、当院で急性期の治療が終わると、元居た施設にすぐに戻れるだろうと思い退院を進めるが、施設によって異なることを理解していきたい。施設側は、このような症状であれば二次救急に相談してくださいと伝えても、三次救急に入院させてくださいとお願いされるため、相互に理解を深めたい。

【委員】

介護施設の課題、病院の課題があるため、考え方にどの様な違いがあり、連携はどの様に考えているかが見えてくる最初の部分ではないか。今後、問題点や課題を抽出し、どの様に埋めていくのか進めていくと良い。

【委員】

今月は4件ほど介護施設から急遽入院させて欲しいと相談があり、受け入れしている状況である。当院がかかりつけではなくても、最期の看取りや当院の機能で診ることができ

る急変等は積極的に受入れていきたい。高齢者の救急搬送の問題を解決するための、当院の役割ではないかと感じる。ただ、介護報酬の改定の中で、施設に求められている協力医療機関を義務化する部分が、どの様に施設側で理解され、どの様に準備され、どの様に動いているのか率直に聞きたい。病院は、この部分を満たすための協力医療機関は1つでなくて良いという点がある。どの様にして連携体制をとるのかは、これからか具体的に become と思うが、早急に対応すべきところではないか。

【委員】

急性期から本人が在宅に帰る時に、在宅が難しい場合、介護施設や介護支援専門員と連携するが、現状を知らないことがほとんどである。そのため、まずは現状をお互いに知るということ。また、病病連携ワーキンググループでも挙がっていたが、それぞれの役割を理解することが、第一歩なのではないか。

【委員】

当院の患者サポートセンターは、月に約120件、多い時は140件程度の相談が介護施設や介護支援専門員、診療所医師からくる。そこで、介護施設から相談が来た際に、嘱託医に相談していなかったり、定期的には診察に来るがなかなか相談ができないと話や、酸素飽和度が低かったため酸素投与している状況に、誰の指示で開始したのかというやり取りが結構ある。やはり介護施設の医療関係者が苦勞している部分があるのではないかと。施設によっては医療の留め置き状況がかなり異なっている。

8ページ「⑤看取りが行えない等、看取り体制について課題に感じることはあるか？」では、どこも「特になし」と回答しており疑問に思った。特養は看取りをするというが、実際には、看取りが2週間以内という見立てで、病院から特養に「看取りはいかがか」と伝え、看取りのための医療体制を複数の診療所医師にお願いしているが、この時期は無理だと言われる場合がある。実際に特養でその様なことがあり、看取りができず病院に入院することがある。そのため、何について「特になし」と言っているのか。

8ページ「⑥施設で看取りを行うために必要だと思う取組はあるか？」では、老健は「自宅に帰る」ことが前提であるが、急変時や病気を発症してすぐに在宅に帰れない等、様々な場面で話し合える機会がある。

8ページ「⑦私の想いのノートを活用している利用者はいるか？」では、お薬手帳と同じ様な感覚で持って良いと思う中身である。回答に「今から活用」と書いてあるため、その部分に期待したいが、日頃からまた入院等機会があるとき、今後についての考えを医療介護側から聞ける機会が大事である。

【座長】

施設によりばらつきはあるが、根底にあるのはACPである。看取りは、病院での死亡が減少し、在宅での死亡が増加しつつあるものの、一番大きな受け皿は高齢者施設である。老健では看取りをしない、グループホームは集団生活の場、とは言っていられず実際に既に看取りの場になっている。これから介護施設入所者は増えるため、そのための一環と思う。

ヒアリングの結果はある程度予測できた。私の意見だが、ヒアリングを継続する意義はあると思うが、高齢者施設全体に、どの位看取りをや実施しているのか、何が不足し看取りができていないのか、看取りのバックアップ体制があれば利用するかどうか等、現状と今後の要望を聞く形で、グループホームやサービス付き高齢者住宅も含めアンケート調査を実施するのはどうか。最終的には、WGなどの場で忌憚のない意見交換ができれば良い。

【委員】

ヒアリングについて、グループホーム等の施設に今後後継続的に入るために、胃瘻造設の依頼がかなりある。点滴は毎日できないが、胃瘻であれば管理できるためという理由である。本人の意思決定や認知機能についてや、胃瘻について家族がどの様に理解しているのかを、きちんと話している場合と、あまり話をせず、施設にいるために点滴をせずに胃瘻増設ということもある。実際に病院医師の説明を受け、胃瘻増設を止めた方もいる。介護施設はその様な現実があり、家族も胃瘻造設を選択せざるを得ない現状がある。

【座長】

根底はACPであり、なかなか現状に合わないことがある。ただ、本人ではなく、家族が、どうしても口から食べていないのに無理しても、食べられないのは可哀そうだとの思いが強いと、専門職が反対しきれない部分がある。一方、胃瘻をせずに亡くなった時に、あの時胃瘻増設をすれば良かったのかという後悔を残さないという点がある。家族の思いはなかなか難しく、本人のためになることばかりではないため、いつも苦慮している。繰り返し説明し納得してもらおうが、ACPをきちんとしてくれると良い。

甲府市は在宅医療・介護の連携のための、しんげんネットの運用をしている。先日、病院医師と多職種との勉強会で、いろいろな協議や情報交換をした。その中で、病院医師から、「実際に在宅での情報が欲しいが、なかなか得られない」「しんげんネットと聞いたこともあるが、実際にはできてない」と声がある。しんげんネットの話をすると、病院医師から良い反応を得られるが、現状では入り込めない状態になっている。病院の方針で、個人的に病院以外の業務として、在宅で診療している方の情報を得たり、アドバイスをする等についてハードルが高くできない。だが、この部分は何とか改善したい。例えば、元々入院しており在宅に帰った患者限定でしんげんネットを使うことができるような形にした。診療所医師と病院医師、全体が入り、しんげんネットを上手く活用できると良いのではないか。各委員からも病院医師にしんげんネットについて伝えてもらいたい。

【事務局】

本日配布資料の説明をさせていただく。1点目、顔の見える関係づくり交流会のは7月16日（火）18時からを予定している。身寄りがない方への意思決定支援のあり方について、ガイドラインを作成した山縣善太朗先生に話題提供をしてもらい、行政側で行っている、身寄りがない方が亡くなった後の引き取り対応について担当部署の職員からお伝えする。

2点目、身寄りのない方への対応事例集についてである。身寄りのない方で意思決定支援が困難な方の対応が非常に増えているというところで、県央ネットやまなし（甲府市を含めた9市1町）の取組で、各自自治体が対応した事例をまとめた。また、後ろの方には対応した実際の自治体や、ガイドラインに示されている情報を掲載している。

【座長】

身寄りがない方への対応事例集は、どの様に配布しているのか。

【事務局】

医療機関、関係団体等に郵送している。

【座長】

次回の病診WGはいつ頃か。

【事務局】

次回は8月頃を予定している。昨年度3回行ったが、今年度も3回を予定しており、8月と2月頃を予定している。

【座長】

本日の協議内容を盛り込んだ資料を作成してもらい進めていきたい。次回病診WGは病院医師と診療所医師の顔の見える関係づくり交流会を終えている頃であるため、その結果や今後の展開を見据えて協議したい。

3 閉会